

医疗保险类

Q&A



深圳市社会保险基金管理局

二〇一六年

《医疗保险办法》的相关规定，参保人住院时因病情需要使用医保范围内的单价1000元以上的一次性医用材料，分国产材料和进口材料的不同，可以按规定报销一定比例（若为国产材料，按90%列入基本医疗保险大病统筹基金记账范围；若为进口材料，按60%列入基本医疗保险大病统筹基金记账范围。但最高报销金额不超过市社会保险行政部门公布的普及型价格），为了解使用的单价1000元以上一次性医用材料的信息，申请住院费用报销时需提供条形码。

13、医疗费用报销有没有时间限制？

答：参保人要在医疗费用发生之日（住院从出院日）起12个月内办理医疗费用报销，超过时间就不能报销了。

14、自行到市外医院住院，产生的费用能报销吗？

答：能，参保人未办理转诊、备案在本市市外定点医院、市外非本市定点医院住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，分别按《深圳市社会医疗保险办法》规定支付标准的90%、70%支付（住院起付线为1000元）。

15、在市外医院发生的门诊费用，可以报销吗？

答：未按规定办理转诊、备案的，在非本市定点医院门诊发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付。但属于个人账户支付范围的，可以凭发票、清单及病历到所属社保分局报销，在个人账户余额中扣减。

16、在本市参保但长期在外地生活，想在外地看病应该办理什么手续？

答：本市户籍参保人及达到法定退休年龄的参保人在市外长期居住的，可在其长期居住地选定三家当地医疗保险定点医疗机构作为其就医的医疗机构，并向所属社保分局备案。本市直通车企业参保人长期派驻在市外工作的，可在工作所在地选定三家当地医疗保险定点医疗机构作为其就医的医疗机构，并向所属社保分局备案。

17、参保人除了深圳市社会医疗保险，还参加了

其他地区的医疗保险，报销过的发票可以再拿来深圳报销吗？

答：不能。参保人应当凭医疗费用的原始凭证申请报销，对已报销过的凭证不予审核报销。如参保人有购买商业保险机构的医疗保险的，请先到社会保险机构报销后，再到商业保险机构报销医疗费用。

18、办理了门诊大病认定登记，可以享受门诊大病待遇吗？

答：享受门诊大病待遇时间与门诊大病认定申请时间或社保机构核准门诊大病时间挂钩：连续参保时间满36个月的，从其门诊大病认定申请之日起享受门诊大病待遇；连续参保时间未满36个月的，从社会保险机构核准门诊大病之日起享受门诊大病待遇。

待遇支付比例与连续参保时间挂钩：连续参保时间未满12个月的，支付比例60%；满12个月未满36个月的，支付比例75%；满36个月的，支付比例90%。如参保满36个月，地补基金支付记账比例90%；不满36个月的，地补基金支付记账比例为80%。

在2013年12月31日前已核准的门诊大病，待遇按原标准执行。

19、少儿医保参保人如何绑定看门诊的社康中心或医院？

答：14周岁以下的参保人可就近选定本市一家社康中心或市内二级及二级以下医院（须为定点医疗机构，下同）绑定；14周岁及以上的参保人只能就近选定本市一家社康中心绑定。绑定方式：（1）直接到需要就医的社康中心或医院绑定；（2）登录社保局网站中“社保在线服务”的“少儿、大学生医保个人操作系统”办理绑定；（3）社保卡关联了银行账户的，可到对应银行的自动柜员机或通过网上银行选择绑定。



深圳市社会保险基金管理局官方网站



深圳市社会保险基金管理局官方微博(腾讯)



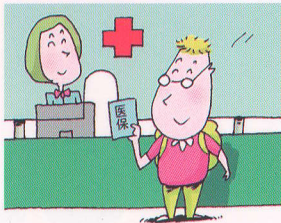
深圳市社会保险基金管理局官方微博(新浪)



深圳市社会保险基金管理局微信公众账号

1、参保后，什么时候开始享受医疗保险待遇？ 停交或欠交医疗保险费，什么时候停止享受待遇？

答：参保人办理了参保手续，自足额缴交医疗保险费后次月的1日起享受医疗保险待遇，每月20日前申报参保的，按当月参保处理；每月20号后申报参保的按次月参保处理。参保单位、参保人中断缴交医疗保险费的，自中断缴交的次月1日起，停止享受医疗保险统筹基金支付的医疗保险待遇，但可以继续使用社保卡（个人账户）余额。



2、因用人单位原因导致员工医疗保险缴费中断，医疗保险待遇怎么核算？

答：用人单位应参加社会医疗保险而未参加的，其员工发生的医疗费用，由用人单位按照《深圳市社会医疗保险办法》规定的待遇标准支付。用人单位参加社会医疗保险并补缴相关费用后，参保人新发生的医疗费用由医疗保险基金按办法支付。

3、如果医疗保险缴费中断，连续缴费年限如何计算？

答：连续缴费年限是参保人在本市实际缴纳医疗保险费的连续时间。参保人在医疗保险年度内累计中断参保不超过3个月的，重新缴费后中断前后的连续参保时间合并计算；超过3个月的，重新计算。

用人单位未按规定为员工参加医疗保险，在补缴应当缴纳的医疗保险费、滞纳金后，补缴前后的参保时间合并计算为连续参保时间。

4、到社康中心看病可享受什么优惠政策？

答：基本医疗保险一档参保人在本市定点社康中心发生的医保药品及部分诊疗目录范围内费用，70%由其本人个人账户支付，30%由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按规定支付，但口腔科治疗费用、康复理疗费用、大型医疗设备检查治疗费用除外。

5、参保人参加基本医疗保险二档（或基本医疗

保险三档），能享受门诊待遇吗？

答：基本医疗保险二档及基本医疗保险三档参保人在本市绑定的社康中心看门诊（含急诊），享受以下待遇：

（1）属于基本医疗保险药品目录中甲类药品和乙类药品的费用，分别由社区门诊统筹基金按80%和60%的比例支付；

（2）属于基本医疗保险目录内诊疗项目或医用材料的费用，由社区门诊统筹基金支付90%，单项最高不超过120元；

（3）参保人因病情需要经结算医院批准转诊到其他定点医疗机构发生的门诊医疗费用，或因工外出、出差在非结算医院发生的急诊抢救门诊医疗费用，由社区门诊统筹基金按本条第（1）、第（2）项规定支付费用的90%报销。

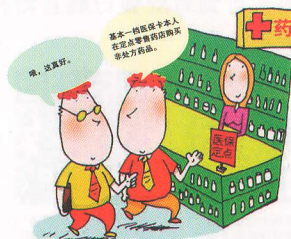
需要说明的是，社区门诊统筹基金在一个医疗保险年度内支付总额最高不得超过1000元。

6、平时看病比较多，社保卡（个人账户）里的钱常常不够用，有什么政策优惠吗？

答：基本医疗保险一档参保人连续参保满一年，社保卡里的钱用完后，在同一医疗保险年度内（从当年7月1日到次年6月30日）在深圳市定点医疗机构发生的个人自付门诊费用（不含按规定应自费部分费用）超过本市上年度在岗职工平均工资5%的，超过部分的费用由基本医疗保险大病统筹基金或地方补充医疗保险基金按规定支付70%，参保人年满70周岁以上的支付80%。参保人在深圳市定点医疗机构刷社保卡就可享受此项医保待遇。

7、社保卡（个人账户）里的钱可以在药店买药吗？

答：基本医疗保险一档参保人个人账户积累额超过本市上年度在岗职工平均工资5%的，超过部分可用于本人在定点零售药店购买医疗保险药品目



录范围内的非处方药品。

8、社保卡（个人账户）里的钱可以取出来投资或做其他用途吗？

答：不可以。市社会保险机构为基本医疗保险一档参保人建立个人账户，主要用于支付门诊医疗费用。套现是非法行为，是要被追究法律责任的。

9、社保卡（个人账户）里的钱可以给家人使用吗？

答：基本医疗保险一档参保人个人账户的钱超过本市上年度在岗职工平均工资5%的，超过部分就可以为其已参加我市医保的父母、配偶及子女支付一些指定的医疗费用，这种途径称为“家庭通道”。使用“家庭通道”的方式为：进行了社保卡家庭成员关联、被授权人的个人账户必须为零或无个人账户，就医时只刷被授权人的社保卡即可使用授权人的社保卡个人账户余额。

10、要进行个人账户家庭成员关联，如何操作？

答：有三种方式：（1）登录深圳市社会保险基金管理局网站：<http://e.szsi.gov.cn>，进入社会保险服务个人网页按提示自行关联（该网页需要先注册，注册成功后方可使用）；（2）授权人凭本人身份证、社保卡以及家庭成员的社保卡到所属社保分局医疗与生育保险科办理关联；（3）在医院医保办或社康中心通过网上医院进行关联。

11、如何拿到住院病历，为什么出院时医院没有提供？

答：出院时住院病历作为患者就诊档案由医院存档，参保人可拿身份证到就诊医院的病案室复印病历材料，并让医院在复印件上盖病案室公章。

12、什么是一次性材料条形码？住院费用报销时为什么要提供条形码？

答：条形码是用来标识商品的代码，所有正规的一次性医用材料都有条形码，用来反映材料的名称、生产厂家、型号、注册号等信息。根据《深圳市社会